見本

被 扶 養 者 申 告 書

組合員証記号番号	3000000001	所属部局課名	東京医科歯科大学
組合員氏名 生年月日	イカシカ タロウ 医科歯科 太郎 昭和47年 8月 8日	※認定年月日	年 月 日

認定（取消）を受けようとする者の氏名	性別 続柄	生年月日 （枝番）	職業	年間所得推計額	郵便番号 住所	扶養親族の認定	給与事務担当者確認欄	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由	※判定及び理由 判定	※判定及び理由 理由
イカシカ ウメコ 医科歯科 梅子	女 配偶者	昭和48年 7月 13日 (01)	パート	７２万円	〒 申告者					
イカシカ イチロウ 医科歯科 一郎	男 子	平成15年 10月 8日 (02)	高３	0	〒 申告者に同じ					

年間所得推計額は
2021.9～2022.8の総収入見込額

◎年金受給者は受給している全ての年金の総額を記入して下さい。
◎無職でも株取引や不動産収入がある場合も職業欄・年間所得推計額欄に記入が必要です。

※未就学児は年齢
※学生は学年(小3/中1等)
◎「無職」の印字がある場合も空きスペースに記入

現住所と違う場合、赤字で訂正
別途手続きが必要

上記のとおり申告します。

文部科学省共済組合東京医科歯科大学支部長 殿

令和 3 年 9 月 1 日 ※９月１日以降の日付

申告者 住所 〒 113－8510 白山１－１
東京都文京区湯島 1-5-45
氏名 自 署

1 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入して下さい。
2 扶養事実の発生（消滅）の理由は、具体的に詳しく書いて下さい。
3 扶養親族の認定を受けている者について被扶養者の認定を受けようとするときは、給与事務担当者の確認を受けてから提出して下さい。
なお、その者が所得税法上の同一生計配偶者又は扶養親族の認定を受ける者（扶養手当を受けている者を除く。）であるときは、扶養親族の認定の有無欄には、(有)と記入して下さい。
4 ※は記入しないで下さい。